الخدمة الإجتماعية العيادية
(الإكلينيكية)

الدكتورة
نهلة السيد عبد الحميد
أستاذ خدمة الفرد المشارك

دار الزهـــراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

الواقع العملي يوضح أن الغالبية العظمى من معوقات الممارسة المهنية الإكلينيكية السبب فيها يعود لعدم جدية بعض الأخصائيين الاجتماعيين وأنهم يركزون على الأعمال الإدارية الروتينية والبعض منهم لا يعلم طبيعة دوره الفعلي داخل المؤسسة الطبية ويجهل دور العضو في الفريق الطبي. أما باقي المعوقات فمنها من يرجع للمؤسسة الطبية نفسها كالتعقيد والروتين بالجهاز الإداري وتقص الاعتمادات المالية وعدم وجود أدوات لممارسة الأنشطة الاجتماعية ونقص الإمكانيات البشرية وغيرها، بالإضافة للمعوقات التي تعود للمجتمع نفسه، وعموماً فإن معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية يمكن تقسيمها إلى:

أولاً: عوامل ترجع للأخصائيين الاجتماعيين:

١- افتقاد الأخصائيين الاجتماعيين للحماس والرغبة في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية مما أدى لتقبلهم ممارسة أي عمل يناط بهم.

٢- القصور العلمي والمهني في إعداد الأخصائيين الاجتماعيين.

٣- القصور في التدريب العملي خلال سنوات الدراسة على الممارسة المهنة في المجال الطبي.

٤- جهل الأخصائيين الاجتماعيين بطبيعة دورهم في المؤسسات الطبية.

٥- شغل وظائف الأخصائيين الاجتماعيين بأشخاص غير متخصصين في المهنة.

ثانياً: عوامل ترجع للمؤسسة الطبية:

١- الطب هو المهنة الأولى في المؤسسة الطبية مع تعدد مهن أخرى مما

أوجد نوع من التنافس بين تلك المهن.

٢- جهل المسؤولين الإداريين بالمؤسسة الطبية بطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي وأهمية هذا الدور.

٣- الإسناد إلى قسم الخدمة الاجتماعية بأعمال إدارية تشغل الأخصائي عن عمله المهني.

٤- قلة الموارد المالية بالمؤسسة الطبية مما يعرقل أداء بعض الأنشطة المهنية.

٥- قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسة الطبية وعدم تناسب عددهم مع أعداد المرضى وحجم العمل بالمؤسسة.

٦- إجراءات التنظيم والروتين المعقدة في المؤسسات الطبية.

٧- عدم تشجيع المؤسسة الطبية للأخصائي الاجتماعي ومجهوداته وإهمال جانب تطويره وتنمية مهاراته.

ثالثاً: عوامل ترجع للمجتمع:

١- عدم اعتراف مؤسسات المجتمع بمهنة الخدمة الاجتماعية.

٢- عدم تعاون مؤسسات المجتمع مع أقسام ومكاتب الخدمة الاجتماعية في تأدية مهامها المهنية.

٣- قلة وعي الأفراد في المجتمع بأهمية الخدمة الاجتماعية وأهمية دورها.

٤- القصور الإعلامي في توضيح أهمية الخدمة الاجتماعية وأهمية دورها في المجتمع.

أسئلة التقويم الذاتي

١- ما هي العوامل المجتمعية التي تعوق أداء الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية؟

٢- اذكر العوامل التي ترجع للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين في قصور الأداء المهني لهم؟

٣- من معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بعض العوامل التي تعود للمؤسسة الطبية، وضح ذلك؟

مقترحات تذليل معوقات الممارسة المهنية الإكلينيكية

١- توضيح دور الخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية من خلال عقد ندوات للتمريض والأطباء لتوعيتهم بطبيعة دور وأهمية الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

٢- عقد اجتماعات دورية مستمرة مع فريق العمل الطبي.

٣- وضع خطط عمل تشمل كافة التخصصات المهنية بالمؤسسة الطبية.

٤- التعرف على الجهات والمؤسسات التي تقدم معونات ومساعدات للمرضى.

٥- إجراء البحوث الاجتماعية للمرضى ومتابعة حالتهم الصحية بشكل مستمر.

٦- شغل أوقات فراض المرضى بالأنشطة والبرامج المختلفة.

٧- إعطاء الأخصائي الاجتماعي كافة الصلاحيات لتطوير عمله.

٨- توفير دورات تدريبية وفرص لحضور المؤتمرات والندوات لتنمية وتطوير مهارات وخبرات الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين.

٩- توفر الاعتمادات المالية التي تتيح للأخصائي الاجتماعي أداء مهامه والأنشطة التي يحتاجها في عمله.

١٠-توفير أعداد مناسبة من الأخصائيين الاجتماعيين تحتاجهم المؤسسات الطبية.

١١-وعي المجتمع والإعلامي حول أهمية دور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في المجتمع.

الصفات التي يجب توافرها في الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي

(فهمي، بهنسي: ٢٠١١، ٧٢)

١- قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذي لا يثير في العملاء أحاسيس الإشفاق أو الرثاء عليه وأيضاً لتكون تلك القدرات مناسبة لقيامه بواجباته في عمله.

٢- اتزان انفعالي مع اتزان في الشخصية بحيث يستطيع من خلالها ضبط نفسه ومشاعره بالإضافة للنضج الانفعالي الذي لا تشوبه نزعة اندفاع وعدم تحمل للمسئولية.

٣- اتزان عقلي مناسب يتضمن توفر معارف ومعلومات عامة من العلوم المهنية المختلفة مع توفر الذكاء وسرعة البديهة وقدرة على التغيير.

٤- قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية وقدرة التحكم في النزاعات والأهواء الشخصية وقدرة على تحييد المشاكل الخاصة حيث تتمثل تلك القيم الاجتماعية في سعة الصدر – البعد عن الانتقاد والتهكم حسن السمعة والسلوك والتجاوب مع متطلبات المجتمع وأحداثه.

٥- الانتباه الكافي الذي يجعله يدرك وجهات نظر القائمين بالعلاج وأن يكون شجاعاً لا يخشى من المرض ولا يخاف من العدوى ولا يتأفف من حالة المرضى.

وهناك من يصنف صفات الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي إلى:

(خاطر، أحمد، ٢٠٠٥، ١٧٢)

أ) صفات المظهر الخارجي: وهي عبارة عن :

- أن تكون شخصية الأخصائي مريحة من حيث المظهر بغض النظر عن الجمال أو القوام.
- أن يكون بشوش الوجه هادئ النظرات.
- أن يبدو عليه النضج والاتزان والتعقل.
- أن يتقي الله في كل تصرفاته ويلتزم بالمبادئ والقيم الدينية.
- أن يكون في حالة صحية جيدة تمكنه من تحمل المسئولية والنجاح في عمله.
- أن يكون ذو خلق كريم وسمعة طيبة.

ب) الصفات العقلية : وهي عبارة عن:

- أن يكون لماحاً ذكياً قادراً على التعبير السليم.
- أن يكون لديه قدرة على الإقناع والتحاور والقيادة.
- أن يكون سريع البديهة قوة الملاحظة قادر على الإدراك الفعلي.
- أن يكون يقظاً قادر على التجاوب مع العملاء.
- أن يكون واثقاً من نفسه وفق قدراته واسع الاطلاع.

جـ) الصفات النفسية: وهي عبارة عن:

- أن يكون متزناً لا يتسرع في انفعالاته ولا يتسرع في إصدار أحكامه.
- أن يكون قادرا على التحكم في مشاعره وانفعالاته.
- أن يكون خالي من العقد النفسية والاضطرابات والأحقاد والصراعات.
- أن يكون محباً للناس ولديه رغبة صادقة في مساعدتهم.

- أن يكون مضحي معطاءا ينكر ذاته.

د) الصفات الاجتماعية: وهي عبارة عن:

- أن يكون لديه قدرة على تكوين علاقات طيبة ومتعاونة مع الآخرين.
- أن يكون عادلاً وموضوعياً غير متحيز متسامح صبور.
- أن يكون محباً لعمله وزملائه ووطنه ودينه.
- أن يكون متحمساً للعمل يتقبل للمسئولية متفاني في عمله.
- أن يكون مؤمناً بالفروق الفردية يعمل بمرونة لديه خبرة العمل مع مختلف مستويات المرضى.
- أن يكون قادراً على تقدير مشاعر الآخرين وظروفهم ودوافع سلوكهم.
- أن يكون ملماً بمصادر الخدمات في المجتمع ليتمكن من الاستفادة منها.
- أن يكون مؤمناً بأهمية العمل المشترك الفريقي.
- أن يكون معد إعداد مهنياً علمياً ونظرياً ومؤمناً بأن خدماته لكافة المرضى.

تعدد نماذج الممارسة المهنية:

حيث يشيع استخدام هذا المفهوم بين الممارسين والمتخصصين في الخدمة الاجتماعية ويطلق عليه أحياناً مداخل وأحياناً أخرى نظريات الممارسة.

حيث تستهدف نماذج الممارسة المهنية إشباع الاحتياجات الاجتماعية للفرد ومساعدته على رفع مستوى أدائه الاجتماعي وذلك بالسعي من خلال الممارسة المهنية إلى إحداث تغييرات مرغوبة لتحقيق كل ذلك وقد يتم بناء النموذج على نظرية واحدة أو على عدد من النظريات أو على الخبرة المهنية أو ما يطلق عليه حكمة الممارسة ويتطلب بناء نموذج الممارسة المهنية وجود رؤية شاملة للكون وعلة وجوده والحياة الإنسانية ونظرة إلى الشخصية الإنسانية من حيث مكوناتها وأهدافها والسلوك الإنساني والعوامل المؤثرة فيه كما يتطلب وجود منظومة من القيم الأخلاقية التي تحكم الممارسة ومن الضروري أن يتضمن النموذج تحديد أهداف التدخل المهني وكيفية تحقيقها ومراحل التدخل وفقاً لهذا النموذج والأساليب المستخدمة وتحقيق أهداف التدخل.

العوامل التي أدت لتعدد نماذج الممارسة المهنية:

حيث يرجع التعدد في نماذج الممارسة المهنية إلى:

١- ارتباط العلاج الاجتماعي بالعديد من العلوم الاجتماعية كعلم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع وتعدد النظريات داخل كل علم من تلك العلوم ومن ثم كان الاعتماد على هذه النظريات كأساس للفهم والتحليل يبنى عليه نموذج التدخل المهني (Robbins et al, 1998)

تعدد نماذج الممارسة المهنية:

حيث يشيع استخدام هذا المفهوم بين الممارسين والمتخصصين في الخدمة الاجتماعية ويطلق عليه أحياناً مداخل وأحياناً أخرى نظريات الممارسة.

حيث تستهدف نماذج الممارسة المهنية إشباع الاحتياجات الاجتماعية للفرد ومساعدته على رفع مستوى أدائه الاجتماعي وذلك بالسعي من خلال الممارسة المهنية إلى إحداث تغييرات مرغوبة لتحقيق كل ذلك وقد يتم بناء النموذج على نظرية واحدة أو على عدد من النظريات أو على الخبرة المهنية أو ما يطلق عليه حكمة الممارسة ويتطلب بناء نموذج الممارسة المهنية وجود رؤية شاملة للكون وعلة وجوده والحياة الإنسانية ونظرة إلى الشخصية الإنسانية من حيث مكوناتها وأهدافها والسلوك الإنساني والعوامل المؤثرة فيه كما يتطلب وجود منظومة من القيم الأخلاقية التي تحكم الممارسة ومن الضروري أن يتضمن النموذج تحديد أهداف التدخل المهني وكيفية تحقيقها ومراحل التدخل وفقاً لهذا النموذج والأساليب المستخدمة وتحقيق أهداف التدخل.

العوامل التي أدت لتعدد نماذج الممارسة المهنية:

حيث يرجع التعدد في نماذج الممارسة المهنية إلى:

١- ارتباط العلاج الاجتماعي بالعديد من العلوم الاجتماعية كعلم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع وتعدد النظريات داخل كل علم من تلك العلوم ومن ثم كان الاعتماد على هذه النظريات كأساس للفهم والتحليل يبنى عليه نموذج التدخل المهني (Robbins et al, 1998)

٢- التنوع الكبير في الظواهر والمشكلات الاجتماعية فهي تمتد عبر مراحل عمر الإنسان وعبر كل حالاته وأدواره وتتعامل مع مشكلات العلاقات الاجتماعية مما جعل هناك ضرورة لتعدد النماذج لتصلح للعمل مع مختلف هذه الظواهر والمشكلات (Johnson, (1989).

٣- النوع الكبير في العملاء من مختلف الفئات العمرية والنوع والصحة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.. الخ. هذه العوامل وغيرها كانت دافعاً وراء البحث عن أطر تنظيرية وتفسيرية تستوعب كل هذه النوعيات من المشكلات والعملاء ونماذج علاجية تصلح للتعامل مع هذا الكم الهائل من هذه الظواهر والمشكلات.

تصنيفات نماذج الممارسة المهنية:

سوف نحاول التعرف على أهم ما يميز هذه النماذج من خلال المقارنة بينها بناء على مجموعة من المحكات هي:

١- من حيث النظرة إلى الشخصية الإنسانية.

٢- من حيث النظرة إلى طبيعة الحياة الإنسانية.

٣- من حيث النظرة إلى الإطار النظري.

٤- من حيث النظرة إلى الزمن الذي يهتم به النموذج.

٥- من حيث النظرة إلى المدى الزمني لتقديم الخدمة.

٦- من حيث النظرة إلى مدى الالتزام العلاجي.

٧- من حيث النظرة إلى مدى اتساع نطاق الحالات التي يصلح النموذج للتعامل معها.

٨- من حيث الثراء.

٩- من حيث الانتشار.

اولاً: من حيث النظرة إلى الشخصية الإنسانية:

تعددت النظريات التي تتناول الشخصية الإنسانية وتباينت تبايناً كبيراً في جوانب تركيزها واهتمامها من هذه الشخصية حيث يرجع هذا التعدد والتباين لعدد من العوامل أهمها أن الشخصية الإنسانية تدخل في نطاق اهتمام عدد من التخصصات والعلوم مثل علم النفس والطب والطب النفسي وعلم الاجتماع وغيرها حيث لكل علم من هذه العلوم وجهة نظر في دراسة الشخصية الإنسانية حيث يمكن تصنيف نماذج الممارسة المهنية تبعاً للشخصية الإنسانية إلى:

أ) نماذج تركز على الإنسان ككيان نفسي وهي التي تهتم بالجانب النفسي للشخصية كالنموذج الوظيفي- سيكولوجية الذات.

ب) نماذج تركز على الإنسان كمتعلم حيث يعتبر عملية التعلم عملية محورية في حياة الإنسان مثل نموذج التعديل السلوكي- النماذج التركيبية له.

ج) نماذج تركز على الإنسان كعضو في وحدات إنسانية أكبر مثل الأسرة، الجماعة، النسق، النظم الاجتماعية مثل نموذج العلاج الأسري- البيئي- النفس الاجتماعي.

د) نماذج تركز على الإنسان كمفكر حيث تركز على التفكير كنشاط يتميز به العقل الإنساني مثل النموذج المعرفي والنماذج التركيبية له.

هـ) نماذج تركز على الإنسان كفاعل ومؤثر أي أن الإنسان هو العامل الأساسي في العقل والتأثير مثل نموذج حل المشكلة- نموذج التركز على المهام.

و) نماذج تركز على الإنسان من خلال علاقته بالله سبحانه وتعالى وهي نماذج يرتبط بين الخدمة الاجتماعية والدين سواء الإسلامي أو المسيحي مثل الخدمة الاجتماعية الإسلامية والخدمة الاجتماعية المسيحية.

ثانياً: من حيث نظرة النموذج إلى طبيعة الحياة الإنسانية:

عادة ما يستمد نظرة النموذج إلى الحياة الإنسانية من فلسفة النظرية أو النظريات التي بنى عليها هذا النموذج وتنعكس هذه النظرة على مختلف مكونات النموذج مثل الأهداف التي يسعى لتحقيقها وجوانب التدخل ومراحله والأساليب العلاجية التي يعتمد عليها في تحقيق الأهداف حيث يمكن تصنيف النماذج وفقاً لطبيعة الحياة الإنسانية إلى:

أ) نماذج تنظر للحياة الإنسانية على أنها المبدأ والمنتهى ولا تهتم بأي أشكال للوجود الإنساني تسبق هذه الحياة أو تليها مثل النموذج النفسي الاجتماعي، الوظيفي، السلوكي، العلاج الأسري.

ب) نماذج تنظر للحياة الإنسانية على إنها أحد أشكال الوجود فهي تهتم بما قبل ميلاد الفرد (المرحلة الحنينية) وتهتم بما بعد وفاة الفرد وما يلقاه من ثواب وعقاب مثل نموذج الأزمات- النموذج الإسلامي.

ثالثاً: من حيث الإطار النظري الذي يبنى عليه النموذج:

حيث تعتمد الخدمة الاجتماعية على نظريات متعددة مستمدة من العلوم الأخرى سواء الاجتماعية أم الإنسانية حيث تساعد النظرية في فهم الشخصية الإنسانية والسلوك الإنساني وتقدم أطر لتصنيفات الشخصيات والعلاقات والمشكلات والأدوات المختلفة المستخدمة للتعامل مع هذه

الضغوط والمشكلات حيث يمكن تصنيف النماذج وفق الإطار النظري إلى:

أ) نماذج تعتمد على نظرية واحدة مثل النموذج الوظيفي الذي يعتمد على نظرية الإرادة والنموذج السلوكي الذي يعتمد على النظرية السلوكية ونموذج التدخل في الأزمات الذي يعتمد على نظرية الأزمة.

ب) نماذج تعتمد على أكثر من نظرية مثل نموذج العلاج الأسري الذي يعتمد على نظرية الإنسان، نظرية الاتصال، نظرية الدور الاجتماعي، والنموذج المعرفي السلوكي الذي يعتمد على النظرية المعرفية والنظرية السلوكية.

ج) نماذج لا تلتزم بأطر نظرية وهي النماذج التي تعتمد على ما يسمى بحكمة الممارسة ومن هذه النماذج نموذج التركيز على المهام.

رابعاً: من حيث الزمن الذي يهتم به النموذج:

ويقصد به اهتمام النموذج بدراسة زمن معين في حياة الفرد ومشكلته هل هو يهتم بدراسة الماضي أم الحاضر أم المستقبل حيث تصنف النماذج وفق هذا المحك إلى:

أ) نماذج أكثر اهتماماً بالماضي: ومنها نماذج تركز على الماضي البعيد مثل النموذج النفسي الاجتماعي وسيكولوجية الذات ومنها نماذج تهتم بالماضي القريب كالنموذج السلوكي.

ب) نماذج أكثر اهتماماً بالحاضر: أي تهتم بالحاضر الذي يعيشه العميل وقت التدخل المهني معه مثل النموذج الوظيفي.

ج) نماذج أكثر اهتماماً بالمستقبل بمعنى ما سوف يكون عليه حال العميل في المستقبل مثل نموذج التدخل في الأزمات.

خامساً: من حيث المدى الزمني الذي يتم من خلاله تقديم الخدمة:

يقصد بالمدى الزمني الفترة الزمنية التي تبدأ مع اللحظات الأولى للقاء الأخصائي الاجتماعي بالعميل في مقابلة الاستقبال وحتى نهاية المقابلة الختامية حيث تصنف النماذج وفق المدى الزمني إلى:

أ) نماذج ذات مدى زمني محدد ويمكن تقسيمها إلى نماذج ذات مدى زمني ممتد (أكثر من ثلاث شهور- أكثر من اثني عشر مقابلة- أكثر من عشر ساعات عمل) مثل النموذج السلوكي، العلاج الأسري، حل المشكلة وأيضاً نماذج ذات مدى زمني قصير (أقل من ثلاث شهور- أقل من اثني عشر مقابلة أقل من عشر ساعات عمل) مثل نموذج التدخل في الأزمات، التركيز على المهام، النموذج المعرفي، النموذج الوضعي.

ب) نماذج غير محددة المدى الزمني وهي نماذج لا تهتم بإنهاء الخدمة في مدى زمني محدد وتعطي للأخصائي الاجتماعي الفرصة الكاملة لتحقيق أهداف عملية المساعدة مثل النموذج النفسي الاجتماعي.

سادساً: من حيث الالتزام العلاجي:

بمعنى مدى التقيد بأساليب علاجية محددة، وتنقسم النماذج وفق هذا المحك إلى:

أ) نماذج حرة ينتقي فيها الممارس الأساليب العلاجية من مختلف النماذج العلاجية حسب احتياج الحالة ونوعية المشكلة مثل نموذج حل المشكلة.

ب) نماذج ملتزمة والتي يلتزم فيها الممارس بمجموعة أساليب علاجية كالنموذج النفسي الاجتماعي، النموذج السلوكي، نموذج العلاج الأسري.

ج) نماذج مختلطة حيث تحتوي على أساليب علاجية مستمدة من نموذجين أو أكثر من النماذج التركيبية مثل النموذج المعرفي السلوكي الذي يستمد أساليب العلاج من النموذج المعرفي والنموذج السلوكي فقط وأيضاً النموذج العقلاني الانفعالي الذي يستمد الأساليب العلاجية من النموذج العقلاني والنموذج الانفعالي فقط.

د) نماذج منفتحة وهي نماذج لها أساليبها العلاجية الخاصة بها كنموذج التركيز على المهام لكنها في نفس الوقت يسمح النموذج للممارس بالاستعانة بأساليب علاجية أخرى يحتاجها الممارس في عمله مع العميل والمشكلة.

سابعاً: من حيث مدى اتساع نطاق الحالات التي يصلح النموذج للتعامل معها:

بمعنى مدى صلاحية النموذج للتعامل مع مختلف أنواع المشكلات ومختلف أنواع العملاء والتي تصنف إلى:

أ) نماذج عامة تصلح للتعامل مع كافة العملاء وكافة أنواع المشكلات مثل النموذج النفسي الاجتماعي، النموذج الوظيفي، ونموذج العلاج الأسري، نموذج حل المشكلة.

ب) نماذج مقيدة فهي تضع قيود للتعامل مع بعض العملاء وبعض المشكلات إما قيود عن طريق القصر (النموذج السلوكي يقتصر على مشكلات سلوكية ظاهرة) أو قيود عن طريق الاستبعاد (النموذج العقلاني الذي يستبعد المرضى العقليين من التعامل معهم).

ج) نماذج خاصة وهي التي صممت بنوعية محددة من العملاء والمشكلات مثل نموذج التدخل في الأزمات.

ثامناً: من حيث الثراء:

يقصد بالثراء كم المعلومات والأدبيات والمعارف التي يشملها النموذج وتصنف النماذج وفق هذا المحك إلى:

أ) نماذج ثرية كالنموذج النفسي الاجتماعي، النموذج السلوكي، نموذج العلاج الأسري.

ب) نماذج متوسطة الثراء كنموذج التدخل في الأزمات- النموذج المعرفي

ج) نماذج فقيرة كنموذج حل المشكلة ونموذج التركيز على المهام والنموذج الوظيفي.

تاسعاً: من حيث الانتشار:

يقصد به مدى اتساع أو محدودية المؤسسات التي تتبنى هذا النموذج وتعمل به وتطبقه وهي تصنف إلى:

أ) نماذج تنتشر على المستوى العربي كالنموذج النفسي الاجتماعي أما بقية النماذج فهي محدودة الانتشار لحد كبير.

ب) نماذج تنتشر على المستوى العالمي وهي ليس النموذج النفسي الاجتماعي فقط ولكن يشاركه باقي النماذج من العلاج الأسري- التدخل في الأزمات- النموذج السلوكي- النماذج التركيبية... الخ.

رابعاً: عملية التقييم والمتابعة والإنهاء:

مفهوم عملية التقييم:

يشير مفهوم تقييم التدخل المهني إلى أهمية الوقوف على مدى فاعلية برامج التدخل المهني التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لتحقيق الأهداف (Rubin 2001).

حيث أكد الكثير من العلماء على أهمية اعتماد عملية التقييم على المنهج العلمي وفي هذا الإطار يشير مصطلح التقييم إلى استخدام أساليب البحث العلمي لتقدير نتائج التدخل المهني وذلك لأن تقييم نتائج التدخل المهني يستهدف الإجابة على سؤال رئيسي هو: إلى أي مدى أمكن تحقيق أهداف التدخل المهني؟ ومن هنا يمكننا تحديد أغراض التقييم في ما يلي:

- التعرف على مدى تحقيق الأهداف وكيفية ذلك.
- تحديد أسباب النجاح أو الفشل في تحقيق الأهداف.
- متابعة الخطة الموضوعية والأساليب المستخدمة لزيادة فاعلية التنفيذ.

هذا وتمتاز عملية التقييم بأنها ذات غرض محدد ويتسم بالسهولة البساطة في التنفيذ ويحتاج إلى وجود أدوات مناسبة لتقييم نتائج الممارسة، وتعد عملية التقييم للنتائج عملية أساسية ورئيسية في التدخل المهني مع الأفراد والأسر.

حيث يرى بيلاري (Pillari 2007) أن هناك هدفين أساسيين لعملية التقييم الهدف الأول هو تقدير مخرجات عملية التدخل المهني إذ يحتاج هذا النوع من التقييم إلى أن يحدد الأخصائي الاجتماعي مع المريض نوع التغيير المطلوب واتجاهه ومداه وسلوك المريض الظاهر، أما الهدف الثاني

للتقييم فيهتم بتقدير خطوات عملية التدخل المهني فبعد أن يقوم الممارس بجمع البيانات وتقدير المشكلات وتحديد استراتيجيات التدخل المهني وأساليبه فإنه يحاول التأكد من فاعلية هذه الاستراتيجيات والأساليب في تحقيق الأهداف المرغوبة.

حيث تتضمن هذه العملية ملاحظة معدلات وقوع أنماط سلوك المريض قبل البدء في التعامل مع المشكلة وهو ما يعرف بخط الأساس ثم مقارنتها بمعدلات وقوع أنماط سلوك المريض في أثناء عملية التدخل وبعد انتهائها وتعكس هذه المقارنة مستويات التغيير في معدلات سلوك العميل أو بمعنى آخر تأثير التدخل المهني بما يتضمن من استراتيجيات وأساليب في ظروف الحالة ومستويات التغيير التي تم تحقيقها.

ومما سبق نستطيع تحديد ملامح عملية التقييم فيما يلي:

- التقييم هو عملية الوقوف على مدى نجاح أو فشل جهود الأخصائي الاجتماعي في تحقيق أهداف التدخل المهني التي تم تحديدها مع المريض منذ البداية.
- تستهدف عملية التقييم بالإضافة لتقييم النتائج. ومدى تحقيق الأهداف، التحقق من مدى فاعلية البرامج والنماذج والأساليب التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع العميل.
- تستلزم عملية التقييم وضع الأهداف المراد تحقيقها مستقبلاً.
- تتطلب عملية التقييم توفر أدوات مناسبة لقياس عائد التدخل المهني مثل المقاييس والملاحظات وغيرها.
- لا تقتصر أنشطة عملية التقييم على الأخصائي الاجتماعي فقط وإنما يشترك فيها المريض بصورة فاعلة.

انواع التقييم:

إن التقييم عملية تتضمن البيانات الإحصائية أو مناهج البحث العلمي الأخرى لذلك هناك نوعين من التقييم هما:

التقييم التكويني:

هو تقييم لعملية التدخل المهني وكيف أن البرنامج المستخدم قد أثر في النتائج طوال مراحل التدخل المهني وخطواته وينقسم هذا النوع الى قسمين هما: التقييم النظري- التقييم الإجرائي (Johnson, L, 1992).

التقييم النهائي:

وهو تقييم يتم في نهاية خطوات التدخل المهني مع المريض إذ يستهدف التحقق من أن الأهداف التي تم الاتفاق عليها في عملية التخطيط قد تم تنفيذها بالفعل حيث يفيد التقييم النهائي في الوصول لمؤشرات معينة توضح مدى فاعلية برنامج التدخل المهني المستخدم من عدمه ومدى مناسبة النظريات أو المناهج العلمية التي تعتمد عليها لمشكلات المريض وكذلك مدى تناسب الأساليب الفنية المستخدمة للتعامل مع المشكلة ومدى قدرتها على التأثير في العميل أو توافقها مع ثقافته وقيمه حيث تعد هذه المؤشرات كلها مقدمات للعديد من البحوث التقييمية المتقدمة التي تستهدف تقييم مدى فاعلية برامج التدخل المهني وذلك بهدف تطويرها أو تغييرها أو الوصول إلى برامج وأساليب واستراتيجيات جديدة.

وبالرغم من هذا التقسيم لعملية التقييم إلا أن الأخصائي الاجتماعي يجمع في عمله بين كلا النوعين فهو يقوم بتقييم كل مرحلة من مراحل التدخل المهني للوقوف على جوانب الضعف أو معوقات تحقيق الأهداف

حتى يمكن تلافيها أول بأول ومن جانب آخر يقوم بالتقييم النهائي للتحقق من مدى فاعلية البرنامج والأساليب الفنية المستخدمة.

مهارات التقييم:

يحتاج عملية التقييم لأهميتها توفر ثلاثة أنواع من المهارات يجب أن يكتسبها الأخصائي الاجتماعي وهذه المهارات هي:

- مهارات فنية.
- مهارات إدارية.
- مهارات اجتماعية.

التصميمات والأدوات المستخدمة في عملية التقييم:

نظراً لدقة وأهمية عملية التقييم فهي تحتاج توافر العديد من الأدوات والتصميمات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على إتمام هذه العملية بالدقة المطلوبة ومن هذه الأدوات والتصميمات ما يلي:

١- **تصميمات الحالة الواحدة:**

هو استخدام القياس المتابع للسلوكيات المستهدفة التغيير في المرضى بغرض تحديد مدى تأثير برنامج التدخل المهني في إحداث التغيير في هذه السلوكيات حيث يتم تحديد المقارنة به قبل التدخل المهني وبعده ومدى التغيير في السلوك واتجاه هذا التغيير فإذا حدث تغيير إيجابي في السلوك فإن الأخصائي الاجتماعي يستطيع التأكد من أن عملية التدخل المهني قد تسببت في تغيير السلوك وبالتالي حل المشكلة (عبدالحليم، رضا، ١٩٩٥).

٢- استبانة تحقيق الأهداف:

وهي تهدف إلى قياس درجة تمكن نسق المريض من تحقيق الأهداف المحددة حيث يقوم كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض بتحديد الأهداف تحديداً إجرائياً يمكن ملاحظته وقياسه مع إعطاء أوزان رقمية لمدى تحقيق كل هدف أو درجات تعكس مستويات تحقيق هذه الأهداف (حسين سليمان وآخرون، ٢٠٠٥).

٣- نموذج تحليل المضمون:

والذي يستهدف فهم الظاهرة والعلاقات التي تتضمنها من خلال تحليل عمليات الاتصال المكتوبة والشفهية حيث يستخدم تحليل المضمون وسائل متعددة منها تسجيلات المقابلات الفردية وتحليل الجلسات الأسرية وتحليل التفاعل بين الأخصائي الاجتماعي والمريض أثناء التسجيل الصوتي للمقابلة (Dawson, 1994).

٤- استبيانة قياس رضا العميل:

المؤسسات الاجتماعية يحتاج للتعرف على آراء العملاء وانطباعاتهم عن خدمات المؤسسة للوقوف على مدى فاعليتها وتطويرها بشكل مستمر وهنا تقوم المؤسسات باستخدام استبانة قياس رضا العميل لمعرفة مدى رضا العملاء عن الخدمات المقدمة والاستعانة بتلك الاستبانات في تطوير وتغيير الخدمات المقدمة باستمرار.

مفهوم عملية الإنهاء

إن العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل مهما طالت فإنها لا بد وأن تنتهي ولأهمية هذه العملية فلا بد من إعداد الأخصائي الاجتماعي جيداً لإدارة عملية الإنهاء كونها خطوة مهمة من خطوات حل المشكلة في إطار الممارسة العامة وذلك من خلال تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالمعارف والمهارات المرتبطة بتلك العملية.

لذلك فإن الإعداد للانتهاء يبدأ من خلال المقابلة الأولى بشكل مباشر أو غير مباشر حيث يتضح ذلك من خلال الإشارة لأهداف المؤسسة وطبيعة عملها بالإضافة للمراجعة الدورية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل لما تم إنجازه ومراجعة العميل في درجة اعتماده على نفسه بما يوحي بقرب إنهاء العلاقة المهنية لذلك فهناك نوعين من الإنهاء إحداها إنهاء مخطط والآخر إنهاء غير مخطط.

وهناك مؤشرات منها الإيجابي ومنها السلبي للإنهاء فالمؤشرات الإيجابية تتمثل في التغيرات التي تحدث في شخصية المريض وظروفه البيئية والمهارات الحياتية التي يكتسبها وتحقيق الأهداف المتفق عليها مع إحساس المريض بالارتياح لنجاح عملية التدخل المهني، أما المؤشرات السلبية فهي ارتباط المريض النفسي والمبالغ فيه بالأخصائي الاجتماعي وعدم قدرة المريض على اتخاذ أي قرار يبرر الرجوع للأخصائي الاجتماعي وقيام المريض بمقاومة الإنهاء مع تفكيره في إيجاد شخص بديل عن الأخصائي الاجتماعي يعتمد عليه.

ولذلك فإن هناك العديد من المهام يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لتجنب المؤشرات السلبية للإنهاء منها على سبيل المثال:

- تأكيد الأخصائي الاجتماعي على ضرورة الحفاظ على التغيرات الإيجابية التي تحققت نتيجة التدخل المهني مع المريض وتعميمها في كل مواقف حياة المريض.
- التقليل من جاذبية الجماعة التي يعتمد عليها المريض في إنجاز مهامه وزيادة اعتماده على نفسه.
- مساعدة المرضى على التعامل مع المشاعر السلبية المتوقعة والمرتبطة بعملية الإنهاء وذلك من خلال التعبير عنها صراحة ومناقشتها.
- مباعدة الأخصائي الاجتماعي للمقابلات في مرحلة النهاية مع تقليل حرارة المقابلة والاستمرار في تشجيع المريض على الاعتماد على نفسه.
- التخطيط للمستقبل لأن المريض يحتاج التركيز على المستقبل خاصة في حالة عدم وجود الأخصائي الاجتماعي.
- طمأنة المريض بإمكانية الاستفادة من خدمات المؤسسة إذا واجهته صعوبات أخرى أو إذا احتاج لخدمات المؤسسة مرة أخرى.
- في حالة الإنهاء من قبل المريض بمعنى أن المريض هو الذي يطلب إنهاء علاقته بالأخصائي الاجتماعي هنا يجب على الأخصائي شرح وجهة نظره للمريض نحو أهمية استمرار عملية المساعدة لتحقيق الأهداف وإذا أصر المريض على الأخصائي الاجتماعي احترام رغبته خاصة إذا كان المريض شخص بالغ عاقل.

تدريب (٩)

١- هناك نوعين من الإنهاء هما..... ، .....

٢- من المهام التي يجب أن يقوم بها الأخصائي لتجنب المؤشرات السلبية لعملية الإنهاء..... ، ..... ، .....

مفهوم عملية المتابعة

هي المرحلة التي تعقب الانتهاء التام من عملية التدخل المهني وتشير إلى الإجراءات المهنية المستخدمة للحصول على المعلومات الضرورية عن مستوى الأداء الوظيفي للعملاء ومدى استمرارية العميل ومتابعته في تحقيق الأهداف التي تم التعامل معها أثناء عملية المساعدة (Ashman, 1997).

وترجع أهمية عملية المتابعة إلى مجموعة من الأسباب تعود في مجملها إلى التأكد من قيام العميل بأداء وظائفه الاجتماعية أو استخدام المهارات التي تعلمها في أثناء عملية التدخل المهني دون الاعتماد الكامل على الآخرين ولعل من أهم المميزات التي تحققها عملية المتابعة شعور العميل بالاطمئنان والأمن عندما يرى متابعة الأخصائي الاجتماعي والمؤسسة له وحرصهم على التأكد من تكيفه مع ظروفه وفق قدراته المتاحة.

وتتمثل عملية المتابعة في قيام الأخصائي الاجتماعي بالاطمئنان على مستوى أداء المريض بعد انتهاء عملية المساعدة ومناقشة الصعوبات والمعوقات التي ربما يواجهها المريض في حياته الخاصة وفي علاقاته مع الآخرين والعمل على تذليلها بقدر الإمكان كما تساعد عملية المتابعة من معرفة الأخصائي الاجتماعي بالمشكلات الجديدة التي تعترض

المريض والتي نحتاج التدخل فهي خاصة ما يكون منها في إطار المؤسسة.

وعموماً فإن عملية المتابعة تساهم بدرجة أو بأخرى في تقييم فاعلية الخدمات سواء المهنية المقدمة من قبله أو الخدمات التي تقدمها المؤسسة وكذلك تقييم أسلوب العمل والإجراءات والقواعد الإدارية والميزانيات وغيرها.

أساليب المتابعة:

١- متابعة من ناحية المدة الزمنية: بمعنى حرص المؤسسة على تتبع المريض على فترات زمنية متقاربة للتعرف على التغيرات التي تطرأ على المريض وظروفه في أوقات زمنية محددة.

٢- المتابعة من ناحية الهدف: حيث تستخدم بعض المؤسسات المتابعة كأسلوب من أساليب تقييم خدماتها أو كأسلوب لربط العملاء بها.

٣- المتابعة من ناحية المنهج: هناك أساليب متعددة للمتابعة تختلف من مجتمع لآخر فمثلاً هناك من يستخدم المكالمات التليفونية كأسلوب للمتابعة وهناك مؤسسات تستخدم زيارة العملاء في أماكن معيشتهم للمتابعة وهناك مؤسسات تستخدم الاستبيانات المكتوبة أو البريدية للمتابعة إلا أن لكل أسلوب من هذه الأساليب مميزاته وعيوبه التي تجعله كأسلوب يصلح في موقف معين وقد لا يصلح في مواقف أخرى.

أسئلة التقييم الذاتي

تحدث عن عملية المتابعة مفهومها وأهميتها مع التركيز على أساليب عملية المتابعة المختلفة؟

٤- نموذج العلاج الأسري:

يعتمد نموذج العلاج الأسري على فهم الأسرة كنسق اجتماعي يتفاعل فيه أعضاء الأسرة بعضهم مع بعض بأسلوب يمكن ملاحظته وفهمه حيث ينظر للأسرة على أنها نسق يتكون من أنساق فرعية (الفرد داخل الأسرة هو جزء من الأسرة) وأن هذه الأنساق بينها تفاعلات وعلاقات مثل النسق الزواجي ونسق الأبناء ونسق الآباء وهي أنساق ذات صلة ببعضها البعض لذلك فإنه من الضروري فهم النسق ككل في إطار فهم الأنساق الفرعية، كما أن بناء الأسرة وتنظيمها وأشكالها يؤدي دوراً هاماً في تحديد سلوك أعضاءها كذلك نماذج التفاعل بين أفراد الأسرة وأشكاله هي التي تحدد سلوك أعضاء الأسرة حيث يعد العلاج الأسري أسلوب مهما للعلاج في كل مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية وفي خدمة الفرد بشكل خاص.

هذا ويهتم العلاج الأسري بتفسير سلوك الأسرة في ضوء القوى الدافعة للمشكلات المجتمعية أي أن العلاج الأسري لا ينظر للأسرة بمعزل عن المجتمع المحيط بها كما أنه يهتم بالنظر لمشكلات الأسرة من خلال منظور الإنسان في البيئة ومن خلال علاقة الأسرة بالنظم الاجتماعية المختلفة التي تؤثر في الأسرة وفي سلوك أعضائها. (Barker, R. 1999)

وتعتبر المشكلة الأساسية شكل مرضي (غير سوي) من أشكال الأداء الاجتماعي يؤثر في أفراد الأسرة وفي الأدوار التي يقومون بها والذي يؤثر بالتالي في الأسرة ككل حيث تعد الأسرة غير قادرة على الأداء الاجتماعي السليم عندما تعاني جانباً أو أكثر من الجوانب التالية:

- ألا يكون للأسرة هدف تلتف حوله.

- ألا تشبع الأسرة احتياجات أعضائها.
- ألا تستطيع الأسرة توفيق رغبات أعضائها.
- ألا تعطي الأسرة لأعضائها حق التعبير عن أنفسهم.
- يعاني أعضاء الأسرة من مشكلات فردية يرى العلاج الأسري أنها عرض لوجود مشكلات أسرية.
- ظهور الصراع بين أفراد الأسرة.
- عدم استعادة الأسرة توازنها بعد تعرضها للضغوط أو التغيرات.
- لا تستطيع الأسرة التفاعل مع الأنساق الأخرى في المجتمع.

لذلك فإن الأخصائي الاجتماعي عندما يتعامل مع المشكلات الأسرية عليه التركيز على الجوانب التالية:

- أهمية فهم الأخصائي الاجتماعي لطبيعة العلاقات المتشابكة والمتشعبة بين أفراد الأسرة.
- التعامل مع الأسرة على أنها وحدة العمل الأساسية مع عدم إلغاء الاهتمام بأعضاء الأسرة كل على حده.
- أن يفهم الأخصائي الاجتماعي أن صورة الفرد داخل الأسرة هي نتاج لما يتعرض له هذا الفرد من صعوبات ومواقف مختلفة داخل الأسرة.
- أن يحترم الأخصائي الاجتماعي وجهات نظر كل عضو بالأسرة.
- علاج المشكلة لا يعني توقف ظهور أعراضها وإنما عندما تصل الأسرة لدرجة التوازن أي الوصول لأقصى درجة من إشباع حاجات أعضاءها الأساسية.
- معرفة الأخصائي الاجتماعي لطبيعة علاقات الأسرة قبل اختيار الأساليب العلاجية المناسبة.

- أن تكون لدى الأسرة المرونة الكافية التي تسمح لها بالتعامل مع كل ما يؤثر على أفرادها وكل ما تتأثر به الأسرة ككل.

المفاهيم المرتبطة بالعلاج الأسري:

هناك عدة مفاهيم ترتبط بنموذج العلاج الأسري مثل القواعد والتي تستمدها الأسرة من القيم المتوارثة ومن ثقافة المجتمع، **الاتصال** حيث تحدد نماذج الاتصال داخل الأسرة طبيعة العلاقات بينهم، **الحدود** فالحدود دور مهم في تحديد العلاقات بين أفراد الأسرة سواء الحدود الخارجية أو الحدود الداخلية بين الأعضاء، **التوازن** وهو استجابة الأسرة لمتطلبات أعضائها مع التعامل بفاعلية أمام المتغيرات والضغوط التي تؤثر عليها حتى تستطيع تحقيق الاستقرار، دورة حياة الأسرة وهي الاهتمام بدراسة تحولات نسق الأسرة خلال مراحل معينة حيث تفرض كل مرحلة على الأسرة واجبات معينة يكون من الضروري أن تقوم بها الأسرة وأعضائها.

أهداف العلاج الأسري:

يتدخل الأخصائي الاجتماعي مع الأسرة لتحقيق الأهداف الآتية:

- مساعدة الأسرة على كشف نقاط ضغطها والعوامل التي تؤثر على علاقات أعضائها.
- تحسين أساليب التفاعل بين أعضاء الأسرة.
- تحسين أساليب الاتصال سواء اللفظي أو غير اللفظي بين أفراد الأسرة.

- مساعدة الأسرة على استعادة التوازن.
- تحسين أداء الأسرة لدورها.
- تغيير المعايير والقيم ذات التأثير السلبي في العلاقة بين أفراد الأسرة.

استراتيجيات العلاج الأسري:

١- **استراتيجية بناء الاتصال:** وهي تهدف إلى مساعدة الأسرة على المرور بمشاعرهم وأفكارهم في إطار نفسي مبني على الفهم السليم.

٢- **استراتيجية بناء القيم:** وهي تهدف إلى مساعدة أعضاء الأسرة على فهم القيم التي تحكم علاقاتهم ومدى اتفاقها أو اختلافها مع قيم كل منهم على حده.

٣- **استراتيجية إعادة التوازن الأسري:** مساعدة الأسرة على إعادة توازن علاقاتها في إطار الأسرة.

أساليب التدخل المهني لنموذج العلاج الأسري:

لكي يتمكن الأخصائي الاجتماعي من تحقيق أهداف العلاج أو التدخل المهني باستخدام نموذج العلاج الأسري يمكنه استخدام الأساليب العلاجية التالية:

- لعب الدور.
- الواجبات المنزلية.
- إعادة تسمية المشكلة.
- النمذجة.
- التعلم.
- المناقشة.

وفيما يلي استعراض بعض الأساليب التي يمكن للأخصائي استخدامها مع المرضى الأسريين:

أ) التعايش:

عندما يضع الأخصائي نفسه عن قصد كعضو في اسرة المريض وفي نفس الوقت كقائد لهم ليبدأ في تعديل سلوك سواء المريض أو أي عضو من أعضاء أسرته ويحدث التعايش باستخدام الأخصائي للفظ نحن كثيراً حتى يشعر أعضاء الأسرة بأن الأخصائي أصبح شخص منهم بالفعل.

ب) مساعدة الأسرة على القيام بأعمال معينة:

كأن يقوم الأخصائي بتوجيه أسرة المريض لزيارته وتحديد جدول مواعيد الزيارة والأشخاص بل والموضوعات التي تدور بينهم فهو بذلك يعلم الأسرة اتباع أنماط جديدة من السلوك والتفاعلات لم تكن موجودة من قبل.

جـ) مساعدة الأسرة على وضع حدود الانساق الفرعية داخلها:

حيث يساعد الأخصائي كل عضو في الأسرة من إدراك حدود دوره الذي يجب أن يؤديه وأن يحترم أدوار باقي أعضاء الأسرة وألا يكون هناك نسق منعزل عن باقي أنساق الأسرة.

د) إعادة تنظيم وتوزيع الأدوار في الأسرة:

يفيد هذا الأسلوب العلاجي في حالة الأسرة التي تعاني من عدم وضوح أدوار ومكانات أعضائها وهناك تداخل أو غموض بين تلك الأدوار والمكانات.

هـ) التشكيل التعبيري:

يساعد الأخصائي أعضاء أسرة المريض على التعبير عن مشاعرهم واتجاهاتهم سواء فيما يخص مرض عضو الأسرة أو غير ذلك ويطلب الأخصائي من كل عضو وضع باقي أعضاء الأسرة في صورة يرغب هو فيها وهو أسلوب غير لفظي، فقد يتم من خلال الرسم أو التمثيل الصامت أو الإشارات.

و) الصور الفوتوغرافية للأسرة:

يستطيع الأخصائي الرجوع لألبوم صور وذكريات الأسرة للتعرف على ماضي وحاضر الأسرة واستخدامه في استعادة الذكريات الجميلة ومناقشة الذكريات الأليمة.

ز) اجتماعات مجلس الأسرة:

يساعد الأخصائي الأسرة على عقد اجتماعات دورية ثابتة يتم فيها مناقشة كل أمور الأسرة وأمور كل عضو من أعضائها والوصول فيها إلى قرارات تخص الأسرة واستقرارها.

ح) إعادة وصف أو تسمية المرض بمسمى آخر:

كأن يحاول الأخصائي استبدال لفظ الابن العاق الذي لا يقوم بزيارة والده المريض بالابن المراهق الذي يعيش مرحلة عدم تحمل المسؤولية وعدم الشعور بالآخرين وتقدير مشاعرهم.

ي) لعب دور الوسيط بين أعضاء الأسرة:

يركز الأخصائي عند استخدام هذا الأسلوب على الصراعات والنزاعات بين أعضاء الأسرة ليكون بمثابة حلقة الوصل التي تربط جميع الآراء والأفكار وتحديد نقاط الاتفاق بينهم لحل تلك الصراعات.

- المطلوب الوصول إليها وكذلك المدة في التعبير عن كيفية تحقيق هذه الأهداف والتي تتضمن مناطق الاهتمام والاستراتيجيات والأدوار والمهام المطلوب تحقيقها بالإضافة إلى تحديد الإطار الزمني لتنفيذ الخطط وحساب التكلفة المعلية لهذه الخطط

تدريب (٢)

تحدث عن مفهوم عملية التخطيط وعلاقتها بعملية التقدير مع إبراز أهمية كلا العمليتين في علاج مشكلات المرضى؟

خطوات عملية التخطيط

هناك وجهات نظر متعددة في مكونات عملية التخطيط إلا أنها جميعاً اتفقت على وجود خطوات أساسية لعملية التخطيط تتضمن وضع أهداف للتدخل المهني وتكوينها وصياغة التعاقد المهني بين الأخصائي والمريض حيث كان الاختلاف حول خطوات التخطيط اختلافاً شكلياً وليس جوهرياً فمثلاً هناك من يحاول جمع خطوة تحديد الأولويات لعملية التقدير والبعض الآخر يفصل وضع خطوة تحديد الأولويات ضمن عملية التخطيط إلا أنه وكما سبق وأشرنا أنه اختلاف شكلياً لا يؤثر في المحتوى العام للتدخل المهني وفي النهاية فإن خطوة تحديد الأولويات خطوة يشترك فيها كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض

لذلك فإن جميع وجهات النظر اتفقت على أن عملية التخطيط تشمل ثلاث خطوات أساسية هي:

أ) تحديد الأنساق المشاركة للمريض في مشكلته

ب) تحديد أهداف التدخل المهني مع المريض سواء الأهداف العامة أو الفرعية

ج) التعاقد المهني

أ) تحديد الأنساق المشاركة للمريض:

إن مشكلة المريض غالباً تمثل حصيلة التفاعل بين مجموعة من الأنساق بحيث يساهم كل نسق في تأكيد قيم وعلاقات وتفاعلات سلبية تهيئ المناخ المناسب لظهور المشكلة وتطورها (حسين سليمان وآخرون، ٢٠٠٥)

لذلك فكان من الضروري التعرف على الأساق المختلفة المرتبطة بالموقف الإشكالي ومساهمة كل نسق من هذه الأساق بشكل فردي أو تفاعلي في ظهور الموقف الإشكالي وتطوره ويساهم تحديد الأساق المشتركة في بلورة الأهداف المهنية التي توضع لتحقيق التغيير المطلوب إحداثه

فيتم تحديد الأهداف للتعامل مع نسق الأسرة مثلاً أو نسق الأصدقاء أو نسق العمل حسب ظروف كل حالة وطبيعة كل مشكلة لذلك فإن تحديد الأساق يساعد على تنظيم العمل وتنظيم عملية اختيار الأهداف التي يتم وضعها التدخل المهني لعلاج مشكلات المرضى.

ب) تحديد اهداف التدخل:

تعد هذه الخطوة من الخطوات الهامة والضرورية لأنها تمثل حلقة وصل بين عملية التخطيط وعملية التدخل المهني وبمعنى اخر فإن الدقة والوضوح في تحديد أهداف التدخل المهني تساعد في إحياء نماذج علاجية تتلاءم مع هذه الأهداف وتكون فاعلة وإيجابية حيث أكد على ذلك العديد من الدراسات في الخدمة الاجتماعية من أنه توجد علاقة تأثيرية بين عدم الدقة في تحديد أهداف عملية التدخل ومستوى النتائج التي يتم التوصل اليها بعد انتهائها

لذلك فإنه يجب البعد عن وضع أهداف تتسم بالعمومية أو الغموض أو الطموح الزائد لأن ذلك قد يؤدي لنتائج سلبية تقلل من ثقة المريض في الأخصائي الاجتماعي بشكل خاص وثقته في عملية المساعدة وأنشطة الخدمة الاجتماعية بشكل عام

ومما سبق نجد أن عملية تحديد أهداف التدخل المهني تشير إلى ما

يريده كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض تحقيقه من تغييرات مرغوبة سواء في نسق المريض أو في الأساق المشتركة معه في الموقف الإشكالي والتي تعكس حاجات المريض ورغباته التي تم تحديدها خلال عملية التقدير فإذا كانت عملية التقدير تستهدف التحديد الدقيق لمشكلات وحاجات المرضى غير المشبعة وتحديد قدرات وإمكانيات وجوانب القوة في المرضى فإنه من الضروري أن تتحول صياغة هذه المشكلات والحاجات إلى صورة أهداف يسعى المريض إلى تحقيقها من خلال مرحلة التدخل المهني.

ومن هنا يجب على الأخصائي الاجتماعي عند وضع أهداف التدخل المهني أن يتوافر لديه عدة عوامل موضوعية هي:

- الإعداد المهني والقيادي لعملية المساعدة.
- البعد عن الانفعال والمبالغة وعدم الحيادية ذلك لأن العرض الأساسي من عملية وضع الأهداف للتدخل المهني أنها تحقق وظائف هامة لعملية التدخل المهني منها:
- توجيه جهود كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض نحو تحقيق التغييرات المطلوبة.
- تسهيل عملية اختيار استراتيجيات وأساليب التدخل المناسبة لمشكلات المريض.
- تعد دليلاً لكل من الأخصائي الاجتماعي والمريض لقياس مدى التقدم في عملية التدخل المهني.
- تعد الأهداف بمثابة محكات تفيد الأخصائي في تقييم فاعلية

الأساليب والاستراتيجيات المستخدمة في عملية التدخل المهني مع المرضى

ولكل ما سبق ولأهمية عملية وضع أهداف للتدخل المهني فإنه يجب مراعاة الشروط الآتية عند صياغة هذه الأهداف من أهمها

(ماجدة سعد ، هشام سيد عبد المجيد - ١٩٩٩)

- ارتباط الأهداف برغبات المريض ونتائج تفكيره
- تحديد الأهداف بصورة يمكن قياسها
- تحديد أهداف عملية
- تناسب الأهداف مع مهارات الأخصائي الاجتماعي ومعارفه
- تحديد الأهداف في صياغة إيجابية
- ارتباط الأهداف بوظيفة المؤسسة

حيث يتم عملية اختيار الأهداف وتحديدها وفق عدة خطوات هي (Hepworth 1997)

- تحديد مدى استعداد العميل للتفاوض لاختيار الأهداف وتحديدها.
- شرح الغرض من اختيار الأهداف وتحديدها
- اختيار الأهداف المناسبة للتدخل المهني
- تحديد الأهداف بصورة تعكس مدى التغيير الذي يرغب فيه العميل
- تحديد مدى واقعية هذه الأهداف ومناقشة فوائدها ومعوقاتها المتوقعة.
- ترتيب الأهداف وفقاً لأولويات العميل

وأخيراً فإن وجهات النظر حول تحديد أنواع أهداف التدخل المهني تعددت فمنها من قسمها لأهداف أساسية وأهداف موضوعية ومنها من قسمها لأهداف عامة وأهداف فرعية إلا أن هذه التقسيمات لم تختلف في

جوهرها وعموماً فإن الأهداف تنقسم إلى:

أ) الأهداف العامة:

ومن أمثلتها تحسين العلاقات الأسرية، زيادة المستوى التحصيلي للطالب، تنمية الموارد الأسرية، تخفيف الضغوط النفسية التي يعانيها المريض، الاهتمام بالحالة الصحية للمريض.

ب) الأهداف الفرعية العملية:

وهي أهداف قابلة للتحقيق تصاغ في شكل سلوكيات يكون من شأنها تحقيق الأهداف العامة فمثلاً الهدف العام تحسين العلاقات الأسرية يمكن تحويله لأهداف فرعية عملية مثل:

- تبادل أفراد الأسرة للتحية اليومية
- تخصيص ساعة لأفراد الأسرة يتبادلون الآراء يومياً
- يصغي كل فرد في الأسرة لباقي أعضاء الأسرة
- يتناقش أفراد الأسرة بموضوعية وحيادية

جـ) صياغة التعاقد المهني:

يشير مفهوم التعاقد المهني إلى الاتفاق الذي يتم بين الأخصائي الاجتماعي والعميل حول الخطوات الواجب اتباعها في أثناء عملية التدخل المهني مثل تحديد الأهداف، الوقت اللازم لتحقيقها، مسئوليات كل من الأخصائي والعميل والأشخاص المشتركين في المشكلة.

والواقع أنه لا يوجد نموذج واحد لكتابة العقود المهنية متفق عليه بين جميع المتخصصين في التدخل المهني ولكن توجد عناصر أساسية يجب أن يتضمنها كل عقد تشمل الآتي:

- اسم المريض

- اسم الأخصائي الاجتماعي
- اسم المؤسسة
- الأهداف العامة والفرعية للعمل مع الحالة
- المهام والمسئوليات المرتبطة بالمريض والمشاركين له
- المهام والمسئوليات المرتبطة بالأخصائي والمهنيين الذين تحتاجهم المشكلة
- الوقت الذي يستغرقه التدخل المهني
- توقيع كل الأطراف المشاركة على العقد

أما أنواع العقود فهي نوعان:

- تعاقد شفهي أي غير مكتوب
- تعاقد تحريري مكتوب وموقع إليه
- إلا أننا نرى أن التعاقد المكتوب في عملية التدخل المهني بين الأخصائي الاجتماعي والمريض والمشاركين له أكثر فاعلية من التعاقد الشفهي لأنه يزيد من حدية العمل لكل الأطراف فهو يزيد من حرصهم على تنفيذ التزاماتهم في الأوقات المحددة وبالكفاءة المطلوبة وعلى العكس من ذلك إذا كان اتفاقاً كلامياً معرضاً للنسيان أو الادعاء بعدم صحته ولذلك فإن هناك عدة صعوبات قد تواجه استخدام العقود المكتوبة من أهمها:

- الخوف من توقيع المستندات لدى البعض لاعتقادهم بالتعرض للمساءلة القانونية
- ارتفاع نسبة الأمية في بعض المجتمعات.

ولذلك تقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي مسئولية إقناع المرضى

بأهمية العقود بالنسبة لهم وشرح ما يحققه من فوائد أهمها الحفاظ على حقوقهم في الحصول على خدمات الأخصائي والمؤسسة.

تدريب (٣)

أكمل:

١- تشمل عملية التخطيط ثلاث خطوات رئيسية هي: .....، .....، .....

٢- ..... ، ..... ، ..... هي من ضمن الشروط الواجب توفرها في صياغة الأهداف

٣- تنقسم الأهداف إلى ..... ، .....

٤- من البيانات التي يشملها التعاقد المهني ..... ، ..... ، .....

٥- ..... ، ..... ، ..... هي أنواع العقود المهنية.

ثالثا: عملية التدخل المهني:

لقد تعرفنا على عملية التقدير وما تشمله من جمع البيانات والمعلومات عن المريض ومشكلته ثم تحديد المشكلات التي يعانيها المريض وما أكثرها أولوية للتعامل من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي ثم تحديد الجوانب الإيجابية في شخصية المريض وفي الأنساق المشتركة معه في المشكلة ثم تعرفنا على عملية التخطيط وما يشمله من تحديد للأنساق المشاركة للمريض ثم تحديد أهداف التدخل المهني سواء العامة أو الفرعية ثم تحديد التعاقد المهني وتأتي المرحلة التالية من التدخل المهني ليشمل تنفيذ خطة التدخل المهني باختيار المعالج والنظريات التي تتضمن العديد من الاستراتيجيات والأساليب الفنية للتعامل مع المشكلات المختلفة للمرضى

حيث يعد اختيار أساليب التدخل المهني واستراتيجياته وتطبيقها مع المرضى من أهم المهارات الفنية التي يجب أن تتوافر في الأخصائي الاجتماعي ومنها أن يتمكن من فهم الفروق بين النظريات المختلفة التي يستند منها معالج التدخل المهني ليتمكن من استخدامها على نحو سليم في الواقع التطبيقي ولهذا فإن يجدر بنا الإشارة إلى أكثر النظريات والمعالج العلاجية شيوعاً واستخدامها مع أغلب مشكلات العملاء بصفة عامة ومشكلات المرضى بصفة خاصة حيث يتركز في كل منهم على الأسس العلمية لكل نموذج وآليات تطبيقه وأنسب المشكلات التي يتعامل معها مع التركيز على الأساليب العلاجية له

١- النظرية المعرفية:

تركز هذه النظرية على تفكير الفرد وتعتبره الأساس الذي من خلاله يتحدد انفعالات وسلوكيات هذا الفرد وترى النظرية أن المفاهيم الخاطئة أو الأفكار غير المنطقية والمعتقدات الخاطئة والاضطراب في التفكير تكون غير مدركة لدى العملاء لذلك فهم يستجيبون للمواقف بناء على هذه الأفكار غير المنطقية والمفاهيم الخاطئة حيث يرى أصحاب النظرية أن هناك تأثير واضح للبيئة على التفكير والمكونات الادراكية للفرد وتعتمد النظرية في علاجاتها على اللغة بدرجة كبيرة فهي تطلب من العميل تحديد آرائه في كلمات محددة وتقيس مدى التغير الذي يطرأ على الفرد من خلال تغير هذه الكلمات بالتحديد ولهذا فإن العلاقة المهنية تمثل مكانة أساسية في عملية المساعدة وتسمى العلاقة العلاجية في هذا النموذج حيث يهتم المعالج المعرفي بتنمية تقدير العميل لذاته

ومما هو جدير بالذكر أن أساليب العلاج المعرفي تستمد من خلال مداخل ثلاث للنظريات المعرفية هي:

أ) العلاج العقلاني الانفعالي

ب) العلاج الواقعي

ج) العلاج المعرفي السلوكي

أ) العلاج العقلاني الانفعالي:

يهتم بتعديل أفكار الفرد ومعتقداته غير العقلانية والتي تؤثر في سلوكه بطريقة مباشرة والعمل على إبدالها بأفكار أخرى سليمة حيث ينصب اهتمام العلاج العقلاني الانفعالي على مساعدة العميل وعلى إدراك

حديث للذات السلبي ومساعدته على تعديل هذا الحديث والتفكير بطريقة منطقية عقلانية

حيث تتمثل خطوات العلاج العقلاني الانفعالي فيما يلي:

- مساعدة المريض على التحرر من حديث الذات السلبي غير العقلاني والذي يشكل مصدراً رئيسياً لانفعالاته غير السلبية وسلوكه اللاتوافقي.
- دراسة حديث الذات من خلال تحليل أفعال وحقائق يكتبها المريض في صورة تقارير مبسطة يحاول من خلالها تحديد ما إذا كان تفكيره عقلياً أو غير عقلياً.
- تقديم مقترحات عقلانية تساعد في إشباع احتياجات المرضى وتساعد على تحقيق الأهداف الموضوعة.
- تحليل مشكلات المريض باستخدام مصطلحات ومفاهيم عقلانية مثل مشكلات تندرج عن سوء فهم- أو قصور فهم- نقص تعليم.. الخ
- إعطاء الفرصة للمريض ليقرر ماذا يجب أن يفعل.
- استخدام المعالج لأساليب التدخل المهني مثل: المناقشة- الدعم- التدريب- تقديم الاقتراحات- إسناد الواجبات المنزلية- كتابة التقارير.

ب/ العلاج الواقعي:

يركز هذا العلاج على عملية التعليم وأهميتها والتي يتم من خلال العلاقة بين الوالدين والطفل حيث يكتسب الطفل القدرة على تحمل المسئولية وإشباع احتياجاته بطريقة ملائمة لذلك فإنه يجب على الآباء بأن يتصفوا بالإحساس بالمسئولية وأن يبدوا ذلك واضحاً في علاقاتهم وتفاعلاتهم حتى يتعلم الأبناء هذه الصفة منهم.

ومن هنا نجد أن طريقة نمو الشخصية تتم على أساس الطريقة التي يتم بها الفرد إشباع احتياجاته وهل هذه الطريقة مناسبة أم غير مناسبة فإذا استطاع الفرد إشباع حاجاته بطريقة ملائمة فيعد شخصاً سوياً مسئولاً أما الفرد الذي يشبع حاجاته بطريقة غير ملائمة فهو شخص غير مسئول وهنا يستطيع الأخصائي الاجتماعي الحكم على شخصية العميل من خلال الالتزام بالمعايير التالية (Edmund, s. 1987: 298)

- قدرة المريض على تحمل المسئولية في إطار البيئة الاجتماعية.
- قدرته على تحمل المسئولية بطريقة تتناسب مع القدرة على تقييم أعماله وإصدار الحكم عليها إذا كانت سليمة أم خاطئة وإشباعه الاحتياجات مع تجنب المشكلات والاهتمام بتغيير السلوك غير السليم.
- البعد عن الاستغراق في الخيال مع إدراك الواقع والخضوع لشروطه ومتطلباته.

أسئلة التقييم الذاتي

١- اذكر خطوات العلاج العقلاني الانفعالي؟

٢- يستطيع الأخصائي الاجتماعي في العلاج الواقعي أن يحكم على شخصية الفرد من خلال معايير أساسية اذكرها؟

جـ) العلاج المعرفي السلوكي:

هو مدخل علاجي يهدف إلى مساعدة الناس على حل مشكلاتهم مستعيناً في ذلك بالمفاهيم والأساليب الفنية المرتبطة بالمبادئ السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي والعلاج بالعمل والنظرية الوظيفية والتركيز على المهام وغيرها من النماذج المعرفية التي تعد التفكير بؤرة المشكلة كما يعرف بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهري عن طريق التأثير في عمليات التفكير (ويس كامل ١٩٩٠)

ويختلف العلاج السلوكي المعرفي عن العلاج السلوكي حيث الأول يمزج بين استخدام أساليب واستراتيجيات معرفية مع أساليب العلاج السلوكي لأن العلاج المعرفي السلوكي لا ينظر لتعديل السلوك على أنه رد فعل للتحكم في معطيات البيئة لتكون العادات وعرسها بل أنه يهتم بادخال العنصر المعرفي لينمكن من التعامل معها حيث يتم تعديل سلوك الفرد في العلاج المعرفي السلوكي من خلال علاج أفكاره وأحكامه ومدركاته وأمانه بالاعتماد على المنطق حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي على فرض أساسي هو أن ما يقوله الناس لأنفسهم يحدد طبيعة أفعالهم حيث يتأثر سلوك الفرد بالعلاقات مع الأخرين فسلوك الفرد يتأثر بالحواس المختلفة لأنشطته مثل الاستجابة الفسيولوجية ردود الأفعال الوجدانية - المعارف والتفاعلات الاجتماعية (محروس الشناوي ١٩٩٤)

استراتيجيات التدخل المهني للعلاج المعرفي السلوكي هي استراتيجيتين الأولى استراتيجية الاستعراض المعرفي والثانية استراتيجية إعادة البناء المعرفي

أ) استراتيجية الاستعراض المعرفي

وهي تقابل مرحلة التقدير حيث يقوم الأخصائي بمساعدة المريض على عرض أفكاره غير العقلانية ومشاعره السلبية وأنماط سلوكه غير السوية ويكون دور المعالج هنا الاهتمام بتنمية العلاقة بينه وبين المريض وتشجيعه على الاستمرار في عرض مشكلاته

ب) استراتيجيات إعادة البناء المعرفي:

ومن خلالها يتم التحكم في العمليات المعرفية وإعادة تركيبها بمساعدة المريض على جمع معلومات عن كيفية تفسيره للموقف من خلال عدة أسئلة لذلك فإن المعالج هنا يهتم بالجوانب التالية:

- الأفكار والمعتقدات الكامنة في عقول المرضى
- المعتقدات الوسيطة.
- المعتقدات الخارجية.

حيث يمكن تحقيق هذه الاستراتيجية من خلال عدة أساليب للتدخل المهني هي:

أولاً: أساليب معرفية مثل: المناقشة- التوضيح- الإقناع- التشجيع- المواجهة- التفسير- التدريب على أسلوب حل المشكلة- التدريب على إعادة التفسير.

ثانياً: أساليب سلوكية مثل: الدعم الإيجابي- الدعم السلبي- العقاب- التعدية- الواجبات المنزلية- تشكيل الاستجابة- لعب الدور- التقارير الذاتية- القدوة والتقليد.

ثالثاً: أساليب انفعالية مثل: الاسترخاء- التعليمات الذاتية- ضبط الذات-

التدريب على مواجهة السقوط - التحويل المعرفي - التأمل.

والآن سوف نقوم بتحديد طريقة استخدام كل أسلوب علاجي مما سبق:

أولاً: الأساليب المعرفية:

أ) المناقشة المنطقية:

حيث يساعد الأخصائي المريض على الحصر الدقيق لأفكاره غير العقلانية عن طريق التذكير والمعرفة ثم يقوم الأخصائي بإجراء مناقشة منطقية حول هذه الأفكار مع المريض تستهدف إقناعه بعدم منطقيتها ثم يحاول الأخصائي إيجاد الدافعية لدى العميل لتغيير هذه الأفكار وتكوين أفكار منطقية بدلاً منها.

ب) التوضيح:

يتعمد الأخصائي توضيح مدى خطأ الأفكار غير العقلانية للمريض وأثرها على مشكلة المريض الحالية. حيث يستطيع الأخصائي استخدام هذا الأسلوب عندما يكون المريض قد بنى أحكامه وتحليلاته على حقائق غير موضوعية.

جـ) المواجهة:

وهي مواجهة العميل بأفكاره غير المنطقية بمعنى أن يقوم الأخصائي بكشف المتناقضات بين أقوال وأفعال المريض وتوضيح أثر هذه التناقضات على إعاقته وإعاقة العلاج

د) التشجيع:

يقوم الأخصائي بتشجيع المريض على استعراض أفكاره العقلانية والتركيز عليها والاهتمام بها من خلال بعض الاستجابات بعبارات

التدعيم والثناء والاستحسان لسلوك المريض.

هـ) الحث والإقناع:

حيث يحاول الأخصائي استخدام المنطق والأمثلة الواقعية لإقناع المريض بأفكاره غير المنطقية ثم يقوم الأخصائي بحث المريض على ترك تلك الأفكار من خلال تدريبه على بعض العبارات المنطقية.

و) التدريب على أسلوب حل المشكلة:

ويقصد بها قدرة المريض على المشاركة في حل مشكلة من خلال تعليم الأخصائي له وتدريبه على خطوات حل المشكلة.

ي) التدريب على إعادة التفسير:

بعض الأفراد يعتمدون على معلومات الآخرين في بناء أفكارهم والتي قد تكون أحياناً غير سليمة فتؤدي لأفكار غير عقلانية وسلوكيات غير سليمة واستجابات انفعالية غير توافقية حيث يحاول الأخصائي إعادة تفسيرها للوصول للأفكار العقلانية.

ثانياً: الأساليب الانفعالية:

أ) ضبط الذات:

يحاول الأخصائي تحديد قدرات المريض على التحكم في نفسه والسيطرة على انفعالاته ذلك لأن الفرد الذي لديه ضبط منخفض لذاته فإنه يسيطر عليه أفكار وانفعالات خاطئة تدفعه لسلوك اندفاعي حيث تعتبر عملية ضبط الذات مهارة يقوم الأخصائي بتعلمها للمريض خلال العملية العلاجية.

ب) التدريب على الاسترخاء:

يستطيع الاخصائي استخدام هذا الأسلوب مع المريض الذي يعاني من اضطرابات انفعالي حيث يقوم بتدريب المريض على تقليل الشعور بالخوف والقلق والضيق والقيام بالاسترخاء وممارسة التنفس العميق

جـ) التدريب على مواجهة المخاوف

تم استخدام هذا الأسلوب مع حالات الخوف المرضي (الفوبيا Phobias) ثم استخدم مع مشكلات القلق، العصب، إدمان الكحوليات الخ حيث يقوم الاخصائي بتدريب المريض على تصور ردود الأفعال تجاه المخاوف المختلفة ثم تطوير مهارات التغلب على تلك المخاوف

د) التحويل المعرفي

هو أسلوب يساعد على التحيل العقلي كمحاولة لإعادة تصور المشكلة بأسلوب جديد مع وضع حلول جديدة من خلال حوار تبادلي بين الاخصائي والمريض

هـ) التأمـــل

يقوم الأخصائي بمساعدة العميل على استرجاع أسباب المشكلة والتأمل فيها ليجد أن أسباب المشكلة ليست الأحداث أو المواقف التي يعتقدها وإنما سببها حديثه مع ذاته من خلال عبارات الانهزامية والسلبية الناتجة عن أفكار غير عقلانية

و) التدريب على التعليمات الذاتية

يقصد بالتعليمات الذاتية عبارات موجهة للحديث الداخلي للذات والتي يستخدمها المريض لتوجيه نفسه

ثالثاً: الأساليب السلوكية:

أ) التدعيم الإيجابي:

يحاول الأخصائي التأكيد الكلي أو الجزئي على نجاح المريض في سلوك معين سواء كان هذا التدعيم الإيجابي معنوي (الثناء والمدح) أو تدعيم الإيجابي المادي (المكافأة الرمزية) حيث يؤدي ذلك لاحتمال تكرار هذا السلوك مرة أخرى مما يدعم هذا السلوك الإيجابي لدى المريض

ب) الواجبات المنزلية:

يطبق هذا الأسلوب بحرص شديد بمعنى أن تكون الواجبات المنزلية سهلة وفي متناول قدرات المريض حيث تتضمن هذه الواجبات جوانب عملية ينابع المريض تنفيذها بالمنزل

جـ) تشكيل الاستجابة:

يتم تشكيل الاستجابة من خلال البدء مع المريض من حيث هو ثم تسيم السلوك المركب للعميل لأجزاء، ثم يحاول الأخصائي التقريب التابع للسلوكيات النهائية المرغوب فيها.

د) لعب الدور:

هو عملية ذهنية يتبنى فيها المريض شخصية أخرى كما يدركها فيحيث يتطلب ذلك من المريض تقليد تفكير هذا الشخص وأدائه وأنماط سلوكه، ومن هنا تصبح الشخصية التي يمثلها بمثابة المرآة التي يختفي من خلالها نفسه ودوافعه واتجاهاته

هـ) النمذجـــة:

هي تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك وقد تكون النماذج من خلال أفلام أو نماذج رمزية أو تخيلات.

و) التقارير الذاتية:

يدرب الأخصائي المريض على كتابة أفكاره ومعتقداته ويتشارك مع الأخصائي في مناقشتها وتفسيرها بهدف استبدالها إذا كانت خاطئة أو التأكيد عليها إذا كانت صائبة.

ز) القدوة والتقليد:

يساعد الأخصائي المريض على انتقاء قدوة سلوكية سليمة ويقوم بتعليمه أنماط مفيدة من هذا السلوك حيث يتم إحداث تغيرات سلوكية لدى المريض

تدريب (٤)

ضع علامة صح أمام العبارة الصحيحة وعلامة خطأ أمام العبارة الخاطئة:

١- العلاج المعرفي السلوكي لا يختلف عن العلاج السلوكي ☐

٢- الاستعراض المعرفي من استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي ☐

٣- استراتيجية إعادة البناء المعرفي تشمل أساليب معرفية، سلوكية، انفعالية ☐

٤- المناقشة، التوضيح- الإقناع من الأساليب الانفعالية للعلاج المعرفي السلوكي ☐

٥- الدعم الإيجابي، الدعم السلبي من الأساليب السلوكية للعلاج المعرفي السلوكي ☐

٢- نموذج التركيز على المهام:

نموذج التركيز على المهام أو العلاج المخطط هو علاج قصير فاعل محدد بوقت ولا ينظر إليه بوصفه مجموعة من الطرق المحددة ولكن ينظر إليه على أنه أسلوب يتضمن شكل نشط يعتمد على تحديد واضح للأهداف يشترك فيه الأخصائي الاجتماعي والعميل بقدر يمكنهما من معرفة متى سيتحقق هذا الهدف.

حيث يعتمد نموذج التركيز على المهام على فكرتين أساسيتين هما: البناء المحدد للوقت واستخدام أساليب العلاج حيث يعتمد النموذج على المهمة والمهام كأداة أساسية لحل المشكلة ويقصد بالمهمة هنا نمط من أنماط الفعل (السلوك- التفكير) المرتبطة بحل مشكلة العميل والتي تتضمن سلسلة من الخطوات يشترك فيها كل من الأخصائي والعميل وهناك أنواع من المهام نذكر منها على سبيل المثال:

- مهام المرة الواحدة – مهام متكررة – مهام فردية- مهام مشتركة- مهام سلوكية- مهام معرفية.

حيث يتم تصنيف تلكالمهام من خلال عدة مداخل منفصلة من الناحية النظرية ولكنها متداخلة من الناحية العملية، وأهم هذه المهام هي:

أ) المهام المفتوحة والمهام المغلقة:

المهمة المفتوحة هي التي لا يكون فيها نقطة محددة للإنهاء مثل مهمة تكوين صداقات جديدة أما المهمة المغلقة فهي المهمة التي يكون لها نقطة نهاية ثابتة مثل مهمة النجاح في الامتحان.

ب) المهام العامة والمهام الإجرائية

المهام العامة تحدد الاتجاه العام للأفعال ولكنها لا توضح ما هو المطلوب فعله كأن تجعل مهمة الأم اتباع الأسلوب الجيد عند التعامل مع طفلها أما المهام الإجرائية فهي تفسير المهام العامة من خلال أفعال وإجراءات محددة فمثلاً المهمة السابقة تكون المهمة الإجرائية عدم قيام الأم بضرب الطفل - تشجيع الطفل على السلوك الإيجابي - عدم توجيه اللوم للطفل أمام الآخرين إلخ

جـ) المهام التي تنفذ مرة واحدة والمهام المتكررة

كأن يطلب من المريض إجراء العملية الجراحية، أما المهام المتكررة أن يأخذ الدواء - أن تقوم بعمل الإشاعات - أن يواظب على زيارة الطبيب

د) مهام أحادية ومهام معقدة

أن المهمة الأحادية تتضمن حدث واحد، أو عدة أحداث مترابطة وأما المهام المعقدة تتضمن سلسلة من الأحداث أو الأفعال غير المترابطة والمختلفة

هـ) المهام الفردية والمتبادلة والمشتركة

المهمة الفردية هي التي يقوم بها شخص واحد فقط كاستخدام المريض للأدوية أما المهام المتبادلة فهي قيام الطبيب بالكشف على المريض وتوجيهه شفهياً وتنفيذ المريض لتلك التوجيهات أما المهام المشتركة قيام الفريق الطبي برعاية المريض كل حسب تخصصه

و) المهام المعرفية والمهام السلوكية

المهام السلوكية التي يترجمها الفرد لسلوك ظاهر واضح، أما المهام

المعرفية فهي المرتبطة بالتفكير واتخاذ القرار المناسب

ولذلك فإن دور الأخصائي الاجتماعي في نموذج التركيز على المهام هو مساعدة المريض على اختيار المهام والتخطيط لانجازها وإيجاد الدافعية من أجل تنفيذها وإتمام الخطة كما يساعده أيضاً على تجريب كافة الأداء لممارسة المهمة وتحليل المعوقات التي قد تحول بينه وبين انجاز المهمة ومراجعة المهام وتطويرها لمهام جديدة (Reid. W , 1986)

ومما سبق نستطيع أن نستنتج أن مفاهيم نموذج التركيز على المهام الأساسية هي مفهوم المهمة - مفهوم المشكلة - مفهوم العائق - حيث هناك مجموعة من الأنشطة التي يتعاون فيها الأخصائي الاجتماعي مع المريض أثناء التدخل المهني باستخدام هذا النموذج منها:

- اكتشاف المشكلة وتحديدها
- التعاقد المهني
- تخطيط المهام وتنفيذها
- بناء المثيرات أو المنطقية
- مراجعة المهام

من المشكلات التي يتعامل معها هذا النموذج المشكلات المعيشية ومشكلات العلاقات الاجتماعية ومشكلات أداء الأدوار ومشكلات التحول الاجتماعي والمشكلات المرتبطة بنقص الموارد.

حيث يعتبر نموذج التركيز على المهام على عدة أساليب علاجية هي - التوضيح، التشجيع، التوجيه، البناء، وضوح المفهوم، التفسير، المعدة، لعب الدور

أسئلة التقييم الذاتي

أكمل العبارات التالية:

١- ..... من الأساليب العلاجية المستخدمة في نموذج التركيز على المهام

٢- مجموعة الأنشطة التي يتعاون فيها الأخصائي مع العميل أثناء التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام منها .....

٣- ..... من المفاهيم الأساسية لنموذج التركيز على المهام.

٤- من المشكلات التي يتعامل معها نموذج التركيز على المهام .....

٥- ..... من الأساليب العلاجية لنموذج التركيز على المهام

٣- نموذج حل المشكلة:

يعد نموذج حل المشكلة نموذجاً مفتوحاً (يمكن استخدام الأساليب العلاجية من نماذج أخرى بشرط أن تتفق مع طبيعة المشكلة) وهو نموذج مبني على فكرة تعليم الفرد كيفية التعامل مع المشكلات وهي فكرة قريبة من الواقع العملي ذلك لأن الواقع يقول أن الأخصائي الاجتماعي لا يستطيع ملازمة العميل طوال حياته ليساعده على حل مشكلاته وإنما يستطيع الأخصائي مساعدة العميل على أن يساعد نفسه من خلال تعلمه لمهارات حل المشكلة بالإضافة إلى أن اقتناع العميل بأفكار وقرارات الأخصائي تكون بدرجة أقل إذا ما قورنت بأفكار وقرارات العميل نفسه.

ولذلك فإن نموذج حل المشكلة يقوم على فكرة أن الإنسان ليس صانعا للمشكلة فقط وإنما هو أيضاً قادراً على حلها إذا توافرت له الإمكانية والفرصة لحلها والتي تتمثل في القدرة - الدافعية - الفرصة فالإنسان في حاجة لاكتساب الخبرة على حل المشكلة كي ترداد قدرته على التعامل مع المشكلات المستقبلية ولذلك فإن من المهم أن يقوم الأخصائي بدور المعلم والمدرس لكيفية تعامل العميل مع الواقع وتدريبه على خطوات حل المشكلة وذلك من خلال دعم قدرات العميل وخلق الدافعية لديه والتدريب على صنع القرار (Gitterman, A. 1998).

الأفكار الأساسية لنموذج حل المشكلة:

ان استخدام الأساليب العلاجية لنموذج حل المشكلة يتطلب مجموعة من الأفكار الأساسية لبنم تطبيق تلك الأساليب مع الحالات:

- يرى النموذج ان الانسان نتاج العوامل الموروثة والمكتسبة والخبرات المتراكمة وانه قابل للتغيير سلوكه او تعديله طالما اثر في حالة تفاعل مستمر مع البيئة المحيطة كما يركز النموذج على الاهتمام الاكبر بمستقبل الانسان
- ينظر النموذج للإنسان على أنه يمارس عمليات مستمرة لحل الشك في محاولة للتوفيق بين رغباته وحاجاته وامكانياته وظروفه البيئية لاشباع حاجاته وتحقيق التكيف الافضل في الحياة
- يؤكد النموذج على أن المشكلة تنتج من عدم اشباع الحاجات الأساسية ووجود مجموعة من الضغوط الخارجية والتوترات الداخلية التي تؤثر في الأداء الاجتماعي وانه من المهم التركيز على الشك الحالية أي في الوقت الحاضر من المهم التعرف على وجهة نظر العميل في المشكلة ومشاعره تجاهها.
- يرى النموذج أن عملية المساعدة تتوسط عمليتي العلاج والتعليم حيث تحمل خصائص العملية العلاجية والعملية التعليمية
- يؤكد النموذج على أهمية استخدام عنصر الوقت وما يحققه من تعبئة لجهود العميل وامكانياته من خلال التحدث والتنظيم المرتبط بتحديد الوقت

ولكل ما سبق فان الأخصائي الاجتماعي عليه عند تطبيق نموذج حل المشكلة أن يراعي ما يلي

- أن المريض يمتلك ان يتعلم كيفية تحليل الأسباب والعوامل والكيفية التي تحل بها المشكلة إن توافرت له المساعدة المهنية اللازمة والمناخ المحسن الملائم

- أن الشعور الذي يسيطر على المريض حين يأتي لطلب المساعدة واحساسه بالأزمة التي يعيشها يشحن القوى الكامنة لديه ويدفعه في اتجاه التفسير والتحرك في اتجاه حل المشكلة مما يجعله أكثر استجابة للجهود المهنية المقدمة له
- أن المريض بحاجة إلى الدافعية (الرغبة والقدرة) التي تولدها العلاقة المهنية والتي تشكل مناخاً ملائماً بما تحمله من تعاطف وحب وتقبل وابداء الرغبة في المساعدة
- يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يستخدم عنصر الوقت وما يحققه من تعبئة لجهود المريض وامكانياته من خلال عمليات التحديد والتنظيم المرتبطة بتحديد الوقت
- يجب على الأخصائي الاجتماعي عند تقديم المساعدة للمريض أن يهتم بعملية التجزئة للمشكلة لتكون الجزئية الأساسية أو البارزة هي التي تمثل بؤرة اهتمام المريض
- من خطوات نموذج حل المشكلة تحديد المشكلة - الاختيار بين البدائل المختلفة المطروحة لحل المشكلة - تحديد أهداف حل المشكلة - التقويم

تدريب (٥)

يقوم نموذج حل المشكلة على فكرة أن الإنسان ليس صانع المشكلة فقط وانما هو أيضاً قادراً على حلها. ناقش ذلك موضحاً الأفكار الأساسية لنموذج حل المشكلة

٤- نموذج العلاج الأسري:

يهتم نموذج العلاج الأسري على فهم الأسرة كنسق اجتماعي يتفاعل فيه أعضاء الأسرة بعضهم مع بعض بأسلوب يعكس ملامحه وفهمه حيث ينظر للأسرة على أنها نسق يتكون من أنساق فرعية (الفرد داخل الأسرة هو جزء من الأسرة) وأن هذه الأنساق بينها تفاعلات وعلاقات مثل النسق الزواجي ونسق الأباء ونسق الأباء وهي أنساق ذات صلة بعضها البعض لذلك فإنه من الضروري فهم النسق ككل في إطار فهم الأنساق الفرعية، كما أن بناء الأسرة وتنظيمها وأشكالها يلعب دوراً هاماً في تحديد سلوك أعضائها كذلك نماذج التفاعل بين أفراد الأسرة وأشكاله هي التي تحدد سلوك أعضاء الأسرة حيث يعد العلاج الأسري أسلوب مهما للعلاج في كل مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية وفي خدمة الفرد بشكل خاص

هذا ويهتم العلاج الأسري بتفسير سلوك الأسرة في ضوء القوى الدافعة للمشكلات المجتمعية أي أن العلاج الأسري لا ينظر للأسرة بمعزل عن المجتمع المحيط بها كما أنه يهتم بالنظر لمشكلات الأسرة من خلال منظور الانسان في البيئة ومن خلال علاقة الأسرة بالنظم الاجتماعية المختلفة التي تؤثر في الأسرة وفي سلوك أعضائها (Barker, R 1999)

وتعتبر المشكلة الأساسية شكل مرضي (غير سوي) من أشكال الأداء الاجتماعي يؤثر في أفراد الأسرة وفي الأدوار التي يقومون بها والذي يؤثر بالتالي في الأسرة ككل حيث تعد الأسرة غير قادرة على الأداء الاجتماعي السليم عندما تعاني جانباً أو أكثر من الجوانب التالية

- ألا يكون للأسرة هدف يلتف حوله

- ألا تشبع الأسرة احتياجات أعضائها
- ألا تستطيع الأسرة توفيق رغبات أعضائها
- ألا تعطي الأسرة لأعضائها حق التعبير عن أنفسهم
- يعاني أعضاء الأسرة من مشكلات فردية يرى العلاج الأسري أنها عرض لوجود مشكلات أسرية
- ظهور الصراع بين أفراد الأسرة
- عدم استعادة الأسرة توازنها بعد تعرضها للصعوبات أو التغيرات
- لا تستطيع الأسرة التفاعل مع الأنساق الأخرى في المجتمع

لذلك فإن الأخصائي الاجتماعي عندما يتعامل مع المشكلات الأسرية عليه التركيز على الجوانب التالية

- أهمية فهم الأخصائي الاجتماعي لطبيعة العلاقات المتشابكة والمتشعبة بين أفراد الأسرة
- التعامل مع الأسرة على أنها وحدة العمل الأساسية مع عدم إلغاء الاهتمام بأعضاء الأسرة كل على حده
- أن يفهم الأخصائي الاجتماعي أن صورة الفرد داخل الأسرة هي نتاج لما يتعرض له هذا الفرد من صعوبات ومواقف مختلفة داخل الأسرة
- أن يحترم الأخصائي الاجتماعي وجهات نظر كل عضو بالأسرة
- علاج المشكلة لا يعني توقف ظهور أعراضها وإنما عندما تصل الأسرة لدرجة التوازن أي الوصول لأقصى درجة من إشباع حاجات أعضائها الأساسية
- معرفة الأخصائي الاجتماعي لطبيعة علاقات الأسرة قبل اختيار الأساليب العلاجية المناسبة

- أن تكون لدى الأسرة المرونة الكافية التي تسمح لها بالتعامل مع كل ما يؤثر على افرادها وكل ما تتأثر به الأسرة ككل

المفاهيم المرتبطة بالعلاج الأسري:

هناك عدة مفاهيم ترتبط بنموذج العلاج الأسري مثل القواعد والتي تستمدها الأسرة من القيم المتوارثه ومن ثقافة المجتمع، **الاتصال** حيث تحدد نماذج الاتصال داخل الأسرة طبيعة العلاقات بينهم، **الحدود** فالحدود دور مهم في تحديد العلاقات بين أفراد الأسرة سواء الحدود الخارجية أو الحدود الداخلية بين الأعضاء، **التوازن** وهو استجابة الأسرة لمتطلبات اعضائها مع التعامل بفاعلية أمام المتغيرات والضغوط التي تواجه عليها حتى تستطيع تحقيق الاستقرار، دورة حياة الأسرة وهي الاهتمام بدراسة تحولات نسق الأسرة خلال مراحل معينة حيث تفرض كل مرحلة على الأسرة واجبات معينة يتكون من الضروري ان تقوم بها الأسرة وأعضائها

أهداف العلاج الأسري:

يتدخل الأخصائي الاجتماعي مع الأسرة لتحقيق الأهداف الآتية:

- مساعدة الأسرة على ككشف نقاط ضغطها والعوامل التي تؤثر على علاقات أعضائها
- تحسين أساليب التفاعل بين أعضاء الأسرة
- تحسين أساليب الاتصال سواء اللفظي أو غير اللفظي بين أفراد الأسرة

- مساعدة الأسرة على استعادة التوازن
- تحسين أداء الأسرة لدورها
- تعبير المعايير والقيم ذات التأثير السلبي في العلاقة بين أفراد الأسرة

استراتيجيات العلاج الأسري:

١- **استراتيجية بناء الاتصال:** وهي تهدف إلى مساعدة الأسرة على المرور بمشاعرهم وأفكارهم في إطار يتسم على الفهم السليم

٢- **استراتيجية بناء القيم:** وهي تهدف إلى مساعدة أعضاء الأسرة على فهم القيم التي تحكم علاقاتهم ومدى اتفاقها أو اختلافها مع قيم كل منهم على حده

٣- **استراتيجية إعادة التوازن الأسري:** مساعدة الأسرة على إعادة توازن علاقاتها في إطار الأسرة

أساليب التدخل المهني لنموذج العلاج الأسري:

لكي يتمكن الأخصائي الاجتماعي من تحقيق أهداف العلاج أو التدخل المهني باستخدام نموذج العلاج الأسري يمكنه استخدام الأساليب العلاجية التالية

- لعب الدور
- الواجبات المنزلية
- إعادة تسمية المشكلة
- المواجهة
- التعلم
- المناقشة

وفيما يلي استعراض بعض الأساليب التي يمكن للأخصائي استخدامها مع المرضى الأسريين:

أ) التعايش:

عندما يضع الأخصائي نفسه عن قصد كعضو في اسرة المريض وفي نفس الوقت كقائد لهم ليبدأ في تعديل سلوك سواء المريض أو أي عضو من أعضاء أسرته ويحدث التعايش باستخدام الأخصائي للضغط بحق كثيراً حتى يشعر أعضاء الأسرة بأن الأخصائي أصبح شخص منهم بالفعل

ب) مساعدة الأسرة على القيام بأعمال معينة:

كأن يقوم الأخصائي بتوجيه أسرة المريض لزيارته وتحديد جدول مواعيد الزيارة والأشخاص بل والموضوعات التي تدور بينهم فهو بذلك يعلم الأسرة اتباع أنماط جديدة من السلوك والتفاعلات لم تكن موجوده من قبل

جـ) مساعدة الأسرة على وضع حدود الانساق الفرعية داخلها:

حيث يساعد الأخصائي كل عضو في الأسرة من إدراك حدود دوره الذي يجب أن يؤديه وأن يحترم أدوار باقي أعضاء الأسرة وألا يكون هناك نسق منعزل عن باقي أنساق الأسرة

د) إعادة تنظيم وتوزيع الأدوار في الأسرة:

يفيد هذا الأسلوب العلاجي في حالة الأسرة التي تعاني من عدم وضوح أدوار ومكانات أعضائها وهناك تداخل أو غموض بين تلك الأدوار والمكانات

هـ) التشكيل التعبيري:

يساعد الأخصائي أعضاء أسرة المريض على التعبير عن مشاعرهم واتجاهاتهم سواء فيما يخص مرض عضو الأسرة أو غير ذلك ويطلب الأخصائي من كل عضو وضع باقي أعضاء الأسرة في صورة يرغب هو فيها وهو أسلوب غير لفظي، فقد يتم من خلال الرسم أو التمثيل الصامت أو الاشارات

و) الصور الموتوغرافية للأسرة:

يستطيع الأخصائي الرجوع لألبوم صور وذكريات الأسرة للتعرف على ماضي وحاضر الأسرة واستخدامه في استعادة الذكريات الجميلة ومناقشة الذكريات الأليمة

ز) اجتماعات مجلس الأسرة:

يساعد الأخصائي الأسرة على عقد اجتماعات دورية ثابتة يتم فيها مناقشة كل أمور الأسرة وأمور كل عضو من أعضائها والوصول فيها إلى قرارات تخص الأسرة واستقرارها

ح) إعادة وصف أو تسمية المرض بمسمى آخر:

كأن يحاول الأخصائي استبدال لفظ الابن العاق الذي لا يقوم بزيارة والده المريض بالأب المراهق الذي يعيش مرحلة عدم تحمل المسؤولية وعدم الشعور بالآخرين وتقدير مشاعرهم

ي) لعب دور الوسيط بين أعضاء الأسرة:

يركز الأخصائي عند استخدام هذا الأسلوب على الصراعات والمشاعر بين أعضاء الأسرة ليكون بمثابة حلقة الوصل التي تربط جميع الآراء والأفكار وتحديد نقاط الاتفاق بينهم لحل تلك الصراعات